UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950 N° 33

Contribution à l'étude de la Maladie du Col vésical chez la Femme

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1950

PAR

Maurice LAFFERAYRIE

MEMBRES DU JURY

MM. P. FABRE, *Président.*
VIRENQUE, DIEULAFÉ, LHEZ, *Assesseurs.*
POULHÈS, *Suppléant.*

MONTAUBAN
IMPRIMERIE L. VIDAL, 4, RUE PORTE-DU-MOUSTIER, 4
1950

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MALADIE DU COL VESICAL CHEZ LA FEMME

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1950 N° 83

Contribution à l'étude de la Maladie du Col vésical chez la Femme

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1950

PAR

Maurice LAFFERAYRIE

MEMBRES DU JURY

MM. P. FABRE, *Président.*
VIRENQUE, DIEULAFÉ, LHEZ, *Assesseurs.*
POULHÈS, *Suppléant.*

MONTAUBAN
IMPRIMERIE L. VIDAL, 4, RUE PORTE-DU-MOUSTIER, 4
1950

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	LEFÈBVRE.
Assesseur	BRUSTIER.
Doyens honoraires	GORSE. CALVET.

Professeurs honoraires :

MM. RISPAL, MÉRIEL, RIBAUT, CLERMONT, LAFFORGUE, SERR, GARIPUY, VALLOIS.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et de psychiâtrie	RISER.
Clinique médicale	TAPIE. ROQUES.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING.
Physique biolog. et médic.	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NANTA.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expèrimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFÈBVRE.
Anatomie	LAZORTHES.
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Pathologie int. et clin. des maladies de la tuberculose	MOREL.
Pharmacie	CAUJOLLE.
Bactériologie — Hygiène — Médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MÉRIEL (P.).
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clinique oto-rhino-laryngologique et chir. maxillo-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique.	CALMETTES.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ.
Médecine lég. et du travail	PLANQUES.
Histologie et embryologie.	BROUSSY.
Médecine sociale	BOUNHOURE.
Thérapeutique	GADRAT.
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD.

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET.	Anatomie	M. COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES — AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	POULHÈS.
Histologie	BIMES.
Sciences naturelles	BOUISSET.
Pharmacie	COUTURIER.
Bactériologie	Mme ENJALBERT.
Chimie biologique	POLONOVSKI.
Physique médicale	AUVERGNAT.
Chimie gén. pharm.	BLANC.
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU

AGRÉGÉS

	MM.
Médecine	DARNAUD. GÉRAUD. DARDENNE. LAPORTE (J.) BAUDOT.
Ophtalmologie	DÉODATI.
Physique Médicale	MARQUÈS.
Obstétrique	PONTONNIER.
Chirurgie	RIEUNAU. DIEULAFÉ. DAMBRIN (P.)
Odonto-Stomatologie	CADENAT.
Oto-rhino-laryngologie	CLAUX.
Urologie	LHEZ.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	MM. GUILHEM.
Chimie biologique	Louste-Blazy.
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P
Chimie minérale	BLANC.
Physique Pharmaceutique.	AUVERGNAT
Dermatologie et syphyligr.	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Tuberculose	MOREL (L.).
Clinique pulmonaire	DAMBRIN (P.
Parasitologie	LASSERRE.
Cryptogamie	Mme DULUCQ MATHOU.
Chimie analytique	BLANC.
Hydrologie et géologie	ASTRÉ.
Médecine opératoire	THOMAS.
Pharmacodynamie (Méd)	BAISSET.
Pharmacodynamie (Pharm)	CAUJOLLE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Ophtalmologie	DÉODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Mycologie	MORQUER.
Physiologie	COLOMBIÈS.

Secrétaire de la Faculté.. ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 Mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MON PERE

auquel je dois une tendre et profonde reconnaissance pour m'avoir permis ces longues études médicales.

A MA FEMME ET A MON FILS

pour toute la tendresse que je leur porte.

A MON FRERE ET A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE, PRESIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE FABRE,

Professeur de Clinique des Maladies des Voies Urinaires.

Je le remercie respectueusement ici de l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de cette thèse.

À MON JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur VIRENQUE,

Professeur de Clinique Chirurgicale, Infantile et d'Orthopédie, Chirurgien des Hôpitaux.

pour l'enseignement qu'il nous a donné à la Faculté et à l'Hôpital.

Monsieur le Professeur agrégé DIEULAFE,

Professeur agrégé à la Faculté.

Monsieur le Docteur LHEZ,

Chargé de Cours à la Faculté.

en témoignage de ma reconnaissance pour les enseignements qu'il m'a donnés et pour l'aide qu'il a bien voulu m'apporter pour l'élaboration de ma thèse.

Monsieur le Professeur agrégé POULHES,

Maître de Conférences à la Faculté.

Avec mes remerciements pour l'honneur qu'ils me font en acceptant de juger cette thèse.

A TOUS MES CHEFS DE SERVICE

DE L'HOPITAL DE MONTAUBAN

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES D'INTERNAT

Introduction

Lorsqu'un malade : homme ou femme d'un âge quelconque se présente avec un syndrôme de prostatisme et que l'examen ne montre chez lui ni adénome prostatique, ni cancer de la prostate, ni rétrécissement de l'urètre, ni lésion intravésicale, ni parésie du détrusor d'origine nerveuse, nous disons qu'il présente une maladie du col.

Chez la femme, tout le monde est d'accord là-dessus, l'affection est beaucoup plus rare que chez l'homme, mais elle n'est plus, à l'heure actuelle, une affection d'une rareté exceptionnelle.

Il n'y a pas si longtemps cependant, de nombreux auteurs en niaient encore l'existence.

Marion, *le père de la maladie du col chez l'homme, n'écrivait-il pas tout récemment : « Je n'ai jamais observé de maladie du col chez la femme. Parfois, j'ai cru avoir affaire à cette affection, un examen plus complet, ou l'évolution de la maladie, me prouvait qu'il s'agissait d'autre chose » — et* Chevassu, *lui donnant la réplique, insistait : ... « Je n'en ai pas observé davantage et pour cette raison très simple que je cherche systématiquement, derrière le trouble fonctionnel du col, la lésion anatomique susceptible de l'expliquer... et cette lésion anatomique, on la trouve presque toujours. Elle provoque un spasme du col, que ce spasme soit passager ou permanent, il n'est pas autre chose qu'un spasme, et ne nécessite pas d'autre nom. Ne savons-nous pas, depuis longtemps, combien peut être minime la lésion de la muqueuse anale susceptible de provoquer un spasme du sphincter de l'anus...*

« ... Que ce spasme puisse être modifié par ce qu'on appelle la résection du col, la constatation est précieuse au point de vue thérapeutique ; mais je ne pense pas que ceux qui pratiquent ces résections conservent l'illusion qu'ils suppriment ainsi la totalité du sphincter cervical. Ils font sur lui une brèche... une dilatation forcée suffirait peut-être... elle suffit bien à faire disparaître la sphincteralgie au niveau de l'anus... ».

Ces quelques réserves effectuées, il n'en demeure pas moins que la maladie du col existe chez l'homme comme chez la femme, mais la rareté de l'affection mérite encore une fois d'être soulignée.

Ce n'est, certes pas, un sujet rebattu, et tous les auteurs qui ont apporté à ce sujet une contribution personnelle ont insisté sur le petit nombre d'observations publiées; de cette pénurie, plusieurs veulent prouver la raison dans la méconnaissance probable d'un grand nombre de cas.

Il serait néanmoins faux de parler de grande rareté et si l'on considère les deux grands stades de l'historique de cette question, on constate, d'une part, que Thévenard, *dans un mémoire magistral, en 1939, avait déjà réuni 91 observations, que, d'autre part, lors d'une discussion qui suivait, à la Société Française d'Urologie, la communication de* Pérard, *une vingtaine de nouvelles observations furent publiées.*

Si l'on considère, d'autre part, que de nombreux cas de « rétention d'urine chez la femme de pathogénie inconnue » — « de stagnations vésicales ou évacuation incomplète de la vessie chez la femme » — « de prostatisme chez la femme » devaient, en réalité, être d'authentiques cas de maladies du col, chez lesquelles le diagnostic exact n'avait pas été porté, si l'on considère que cette question étant bien connue actuellement, les observations semblent se multiplier, il n'est pas exagéré de dire que le nombre de maladies du col chez la femme doit approcher de deux cent à deux cent cinquante.

De tout ceci, il n'en reste pas moins que la maladie du col vésical est avant tout une affection de l'homme.

Les premiers cas qui furent décrits chez la femme le furent par analogie — que l'on se place au point de vue étiologique, pathologique, thérapeutique.

Chez l'homme, on admit longtemps que toutes les maladies du col étaient congénitales ; chez la femme, très rapidement, se posa le problème de l'origine acquise : le rôle de l'affection secondaire entrevue par Marc Papin, *de La Rochelle, tendit à devenir prépondérant, ce fut la première nuance, le premier pas vers une individualité nette, tranchée.*

A l'heure actuelle, la maladie du col chez la femme forme une entité clinique bien individualisée, c'est elle que nous allons étudier dans les pages suivantes.

*
* *

Le plan de notre travail sera le suivant :

I — Historique,
II — Définition,
III — Observations personnelles,
IV — Etio-pathogénie,
V — Symptomatologie,
VI — Complications,
VII — Diagnostic positif,
VIII — Diagnostic différentiel,
IX — Thérapeutique,
X — Observations,
XI — Conclusions.

CHAPITRE I

Historique

On admet, en général, que la première observation connue de Maladie du Col de la femme, effectivement diagnostiquée et traitée comme telle, est celle de CAULK, publiée en 1921, et de fait, on y retrouve tous les éléments qui caractérisent cette affection et son traitement : dysurie, déformations vésicales, traitement électrique de la barre vésicale.

Cependant, si l'on veut remonter beaucoup plus loin en arrière, vers 1890, on est étonné, en relisant les leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires de GUYON, de voir ce dernier consacrer un paragraphe au Prostatisme chez la femme. Il attribuait, il est vrai, le trouble physiologique de la miction à une insuffisance vésicale primitive : théorie qui fut reconnue fausse, la Prostatectomie ayant démontré que la contractivité de la vessie se réveillait, même lorsqu'elle paraissait perdue depuis plusieurs années.

ALBARRAN et NOGUÈS, au Congrès International d'Urologie, tenu à Paris, en 1908, devaient remplacer la théorie de l'insuffisance vésicale par celle de la rétention par inhibition, phénomène nerveux agissant sur la vessie et l'urètre, pour diminuer la force expulsive et troubler le fonctionnement des sphincters.

Mais, à ce même Congrès, KEYES et YOUNG rapportaient les observations de plusieurs prostatiques sans prostate, guéris par intervention sur le col vésical.

Le prostatisme chez la femme devait, pendant un certain temps, subir une éclipse. Ce ne fut qu'à la suite des travaux de MARION sur la Maladie du Col chez l'homme, que l'on vit à nouveau des cas semblables publiés chez la femme.

En 1933, Marc Papin, de La Rochelle, rapporte le premier cas en France et probablement dans le monde de Maladie du Col chez la femme, voulant, dans cette nouvelle dénomination, faire un rapprochement avec l'affection synonyme chez l'homme, il donne de cette affection une intéressante théorie pathogénique toute infectieuse.

Puis, en 1937, Van Houtum, de La Haye, reprend, à l'occasion de trois observations, la vieille expression de « Prostatisme chez la femme », alors que, Richer, dans le même numéro du *Journal d'Urologie*, nous rapporte un succès obtenu par résection par voie hypogastrique, chez une de ses malades.

De 1933 à 1939, les observations restent rares ; elles concernent presque toutes des cas de « rétention chez la femme », guéris par « cautery punch ». C'est l'acte opératoire que les auteurs veulent mettre en relief ; ni la pathogénie, ni l'étude clinique ne les retiennent.

Citons, parmi les observations se rapportant à cette période, celles de : A. de Fonsega, celles de Caulk, de Thompson. Les observations sont éparses et peu nombreuses, publiées en Amérique aussi bien qu'en Allemagne, en France ou en Angleterre. Il nous faut arriver en 1939 pour lire, en une fois, la synthèse de toutes nos connaissances sur ce sujet, dans un remarquable Mémoire, à l'occasion d'une observation personnelle. Pierre Thévenard, envisage les différents points de vue historiques, cliniques, pathogéniques et thérapeutiques.

L'intérêt de cette question devait rebondir en 1941 : en effet, en Octobre 1941, à la Société Française d'Urologie, Pérard rapporte un cas fort détaillé et documenté ; différents auteurs s'inscrivirent pour la discussion qui devait rester ainsi à l'ordre du jour pendant plus de trois mois.

Successivement, prirent la parole et apportèrent des observations nouvelles : Maxime Leroy (un cas) — Dossot (six cas) — Malgras (un cas) — Auvigne et Vincent (un cas) — Marc Papin (un cas) — Marion — Pasteau — Chevassu.

La discussion ainsi étayée sur un long espace et sur de nombreux auteurs, montrait, par là même, tout l'intérêt que cette question avait soulevé.

Certes, la thérapeutique y était encore étudiée en détail, mais c'est surtout sur l'étiologie et la pathogénie que l'intérêt semblait se concentrer.

Depuis, il n'est pas exagéré de dire que la Maladie du Col Vésical chez la femme est devenue une affection assez banale et courante.

CHAPITRE II

Définition

— Le Professeur Marion, étudiant la Maladie du Col chez l'homme, en donne cette définition : « On désigne sous le nom de Maladie du Col, les troubles dysuriques semblables à ceux que provoque l'hypertrophie prostatique, troubles dûs à des modifications du col vésical, sans lésion apparente et sans que ces troubles puissent être rattachés à des lésions médullaires ».

— Le Professeur Legueu décrit ce, qu'avec Dossot, il a appelé la « Dysectasie cervicale » : syndrome caractérisé par la difficulté d'ouverture du col devant la poussée du détrusor au moment de la miction.

— Ce sont là, en ne considérant que les auteurs français, les deux conceptions les plus éloignées de la Maladie du Col, celle de Marion, relativement restrictive, celle de la Dysectasie cervicale très extensive.

— Le Professeur Cibert voit, dans la Maladie du Col, un ensemble relativement cohérent dont l'unité est fournie par les trois éléments suivants :

a) Les signes cliniques : prostatisme sans prostate,

b) Le traitement : résection du col,

c) La localisation principale du processus anatomo et physio-pathologique sur le col vésical et son armature musculaire : le sphincter lisse.

— M. Pérard définit la Maladie du Col comme étant une affection caractérisée par des troubles de l'évacuation vésicale dûs à l'obstacle que présente le col vésical lui-même.

Ces définitions restent valables chez la femme, et ce serait en effet à des troubles dysuriques sans lésion

médullaire, que l'on devra donner les noms de : « Prostatisme chez la femme » — « Maladie du Col Vésical chez la femme » ou de « Dysectasie du Col chez la femme ».

La relation normale entre la tonicité du détrusor et du sphincter interne qui assure la miction normale, est rompue. L'ouverture du col devient difficile, retardée, incomplète : c'est la Dysurie ; la fermeture devient prématurée : c'est la rétention.

CHAPITRE III

Observations personnelles

Observation I. — Service du Professeur Fabre, 1946. — (*Toulouse Médical*, Mars 1947).

Mme J. R..., 36 ans.

Entrée le 20 Mars 1946, pour pyélonéphrite à colibacilles, rebelle au traitement médical.

Reins perceptibles, légèrement douloureux à l'examen.

Radiographie : hydro-urétéronéphrose bi-latérale.

L'examen génital montre un bombement anormal du cul de sac vaginal antérieur, alors que rien ne faisait songer à une rétention.

Après miction, on retire 350 cc. de résidu.

Urétroscopie : saillie du col plus marquée latéralement et en haut. Donc, pollakiurique avec rétention chronique et retentissement sur l'arbre supérieur.

Résection endoscopique à minima (Dr Lhez), permettant une vidange complète de la vessie.

Depuis, pas de résidu.

On peut espérer que par la suite et grâce à cette opération locale, on obtiendra une amélioration de l'évacuation rénale, et, par contre-coup, de l'état général.

Cette observation est particulièrement intéressante parce qu'elle montre combien facilement peut passer inaperçue une rétention chronique d'urine, évoluant même très souvent sous le masque de l'incontinence.

Dans ce cas présent, la symptomatologie paraissait appartenir au rein, alors que l'état pathologique était au col.

Donc, dysurie, résection du col, guérison.

⁂

Observation II. — Docteur Lhez, 1948.

Mme M. L..., 42 ans, vue en Octobre 1948.

Rien à signaler dans les antécédents.

Depuis trois ans, cystite, dysurie et pollakiurie.

Résidu 450 cc., urines très troubles.

Cystoscopie : vessie à cellules et colonnes, col : lèvre inf. légèrement en relief.

Cystographie : volumineuse dilatation des deux uretères avec coudures des bassinets par reflux vésico-urétéro-pyélique et dilatation pyélo-calicienne (*voir radio*).

Résection du col : 15 copeaux très minces sur l'ensemble du col.

Amélioration de l'état local et général.

Résidu 30 cc., urines claires.

Revue un an après : résidu 25 cc., clair, disparition de la pollakiurie.

⁂

Observation III. — Service Professeur Fabre, 1949.

Mme J. F..., 37 ans, cultivatrice, Fayssac (Tarn).

Mariée, deux enfants, bonne santé.

Jusqu'à il y a quatre ans, cystite, douleurs vésicales, hématurie.

Amélioration par des instillations de NO3AG.

Actuellement : douleurs dans la région lombaire

Obs. II. — *Cystographie.*

droite, pollakiurie, douleurs à la miction avec résidu blanchâtre : 270 cc., jamais de coliques néphrétiques.

Toucher rénal, rien à signaler.

Cystoscopie : Capacité : 450 cc., coloration légèrement rosée, image de cystite très diffuse, avec accentuation au niveau du dôme et de la paroi postérieure, orifices urétéraux non vus.

Urines : nombreux polynucléaires, nombreux bâtonnets, gram négatif, colibacilles probables.

Urographie intraveineuse (13-6-1949) :

sans préparation : rien à signaler,

5 minutes : pas de sécrétion,

15 minutes : sécrétion commençant à gauche, à droite, rien,

25 minutes : à gauche, images en boules typiques d'hydronéphrose, pas d'imprégnation du bassinet ni de l'uretère.

Cystographie : (26-6-1949) :

Vessie de grande dimensions, mais de forme normale, reflux vésico-urétéral, bi-latéral avec énormes dilatations urétérales, bi-latérales et coudures multiples, dilatation pyélocalicienne des deux côtés.

Mise en place d'une sonde à demeure, repos.

Urétroscopie (24-7-49), augmentation du bourrelet du col.

Cystoscopie : présence d'un œdème diffus occupant le fond de la vessie.

Le 23-7-1949 : résection du col (Dr Lhez) : 20 copeaux très minces sur tout le col, puis instillations de NO3AG. Amélioration de l'état local, mictions faciles avec disparition des douleurs.

Revue le 3-10-1949 : résidu 50 cc., miction normale, urines claires, la malade se trouve améliorée, urée sanguine : 0 gr. 50.

Cystoscopie : l'aspect infiltré du dôme vésical persiste, orifices urétéraux béants.

Urographie intraveineuse (10-10-49) :

A droite : mauvaise imprégnation.

A gauche : disparition des images en boule, les calices sont devenus normaux, bassinet bien imprégné de diamètre normal, bonne imprégnation vésicale.

Revue le 29 Mai 1950 :

— Etat général satisfaisant,

— Vessie : état sensiblement normal,

— Résidu : 50 cc.,

— Urographhie : à la 25e minute, aucune sécrétion; l'amélioration constatée le 10 Octobre 1949 ne persiste pas.

— Cystographie : Enorme dilatation pyélo-urétérale par reflux.

— Résection (Dr Lhez) : Miction satisfaisante.

La malade continue à être surveillée.

Le retentissement de la Maladie du Col sur le haut appareil est d'une exceptionnelle gravité.

CHAPITRE IV

Etio-Pathogénie

Diverses conceptions pathogéniques ont été émises sur la Maladie du Col.

La symptomatologie clinique de cette affection est dûe à une dysectasie et pour expliquer cette dysectasie nous retrouvons deux théories : *théorie inflammatoire* et *théorie de l'hypertrophie musculaire du sphincter vésical.*

A) — Première théorie inflammatoire.

De ces deux théories, la première est de beaucoup la plus fréquemment mise en avant, et à son appui, on fait valoir la fréquence, les récidives habituelles, et partant, la longue durée chez la femme des infections vésico-cervicales ; infections que certains auteurs ont individualisées sous le nom de « Trigonite », que Heitz Boyer semble avoir confondues avec les « Polyposes » ou « Pseudo-Polyposes » du col vésical. L'on invoque, en outre, le rôle, chez la femme, des fréquentes infections et inflammations génitales de voisinage.

Enfin, nombre d'auteurs font état de leurs examens histologiques, montrant au niveau de la région cervicale, des modifications qu'ils considèrent comme caractéristiques de la réaction inflammatoire.

Cette théorie inflammatoire semble enfin la plus ancienne en date, puisque c'est celle que défend déjà en 1933, Marc Papin. Ce dernier, à la suite de Legueu, avait, chez la femme, démontré, depuis fort longtemps, le rôle de l'infection à la base de la formation des Maladies du Col, incitant son élève Rosenfeld à en faire le sujet de sa thèse : « ... C'est le rétrécissement qui, par

obstacle à la miction, entraîne la stase vésicale ; c'est la stase qui appelle l'infection et c'est l'infection qui amène la sclérose du col en lui faisant perdre sa souplesse ». De nombreux auteurs ont appuyé cette théorie.

B) — Deuxième théorie — Hypertrophie musculaire du sphincter vésical.

A l'inverse, l'absence d'antécédents infectieux, le jeune âge ou l'ancienneté des troubles dont les premières manifestations peuvent remonter à l'adolescence et mener à l'enfance, et l'étude histologique montrant cette fois-ci la prédominance de la structure musculaire, constituent autant d'éléments en faveur de la deuxième théorie.

C'est la théorie qu'a soutenue, chez l'homme, le Professeur Marion. Théorie de l'hypertrophie musculaire du sphincter vésical, chez laquelle on peut individualiser deux types cliniques absolument distincts, un type congénital et un type acquis.

a) *Les lésions du type acquis* consistent ici en infiltrations inflammatoires du sphincter, aboutissant à la sclérose plus ou moins prononcée du muscle, quelquefois totale, que l'inflammation qui a donné lieu à cette infiltration soit d'origine urétrale, vésicale, ou d'origine prostatique.

b) Quant à la *forme congénitale*, il s'agirait d'une hypertrophie congénitale du col vésical, analogue à l'hypertrophie congénitale du pylore.

A la vérité, les deux étiologies, inflammatoires et hypertrophiques, peuvent se retrouver. Thompson, Braasch, reconnaissent que si l'élément infectieux n'est pas négligeable, il existe également l'hypertrophie manifeste du sphincter interne; ce dernier admettrait même que le spasme peut créer la Maladie du Col.

C) — Arguments histologiques.

De tous les arguments en faveur de l'une ou de l'autre théorie, les arguments histologiques devraient être

ceux qui gardent le plus de valeur et c'est en effet sur eux que se base la discussion de Chevassu, regrettant que « Busser n'ait pas pratiqué telle ou telle coloration ».

En réalité, il est bien difficile, sur le simple examen d'une coupe opératoire, à défaut de pièces anatomiques, d'affirmer :

— que la coupe a été complète et a bien intéressé les différents échelons rencontrés histologiquement de la surface à la profondeur ;

— que l'importance du tissu musculaire qu'on y découvre est véritablement supérieur à la normale ;

— que tel aspect est plus un aspect de lésion inflammatoire que de lésion hypertrophique ; c'est ce qu'ont démontré Mac Kenzie et Sydney Beck, en faisant des coupes en série de cols vésicaux adultes et infantiles.

D) — Arguments cliniques.

L'histologie étant en défaut, il nous est nécessaire de revenir à la *clinique* et de reconnaître que la théorie inflammatoire semble de beaucoup la plus vraisemblable et la plus fréquente. En effet, insistons de nouveau sur la fréquence des infections vésico-cervicales — leurs récidives et par conséquent leur longue durée — le rôle des infections et des inflammations de voisinage — les lésions inflammatoires caractéristiques que l'on trouve au niveau des cols prélevés. La maladie s'explique facilement : l'infection produit la sclérose, celle-ci la rigidité anatomique du col.

E) — Troisième Théorie — Hypertrophie des glandes périurétrales.

Notons cependant, avant de clore cette discussion, une *troisième théorie*, séduisante, si elle n'est pas exacte : la Maladie du Col chez la femme serait dûe à *l'hypertrophie des glandes périurétrales* et serait l'homologue de l'hypertrophie prostatique de l'homme. Théorie hardie, certes, mais qui peut se défendre, car anato-

miquement et histologiquement, il existe bien, dans la portion de l'urètre féminin qui correspond à l'urètre prostatique de l'homme, des groupes glandulaires périurétraux. Busser signale, en effet, quelques formations adénomateuses, formations glanduliformes tubulaires du même type que celles que l'on trouve chez l'homme dans cette région.

Ce qui viendrait à l'appui de cette théorie défendue par Folsom et divers auteurs allemands.

En réalité, cette théorie a été et est encore vivement battue en brèche, surtout aux Etats-Unis où Mac Kenzie et Sydney Beck font la description de papilles, de noyaux épithéliaux, de kystes épithéliaux, qui peuvent devenir pseudo-glandulaires, ceux-ci naissant aux dépens des noyaux épithéliaux isolés sous la muqueuse du col — ces éléments étant plus ou moin profonds suivant l'importance du tissu fibreux sous-muqueux qui dépend lui-même de la durée de l'inflammation — ce qui nous ramène encore à la théorie de l'inflammation chronique de l'urètre et du col vésical.

Et d'ailleurs, si cette théorie glandulaire avait un certain caractère de vraisemblance, comment admettre que cette hypertrophie ne se soit produite péniblement que chez une centaine de femmes ?

F) — Contribution personnelle.

De nos trois observations, que pouvons-nous conclure ?

Il s'agit de trois femmes, autour de la quarantaine, qui présentent un long passé de cystite et de dysurie, accompagné de rétention incomplète.

Ne retrouvant pas de troubles de la miction dans leur jeune âge, nous pouvons éliminer une hypertrophie congénitale musculaire du sphincter vésical.

Par contre, l'inflammation diffuse mais persistante provoquée par la cystite a infiltré petit à petit le col, l'a sclérosé : si bien, que nous assistons à cette polla-

kiurie rebelle qui laisse sans cesse un résidu plus ou moins important.

De là, à parler de pathogénie inflammatoire, il n'y a qu'un pas. Surtout si l'on constate qu'une simple résection de très minces copeaux a transformé la vie de ces malades.

Si l'on peut parler de sclérose du col, il semble impossible de fixer de façon certaine une pathogénie.

On doit rester dans l'hypothèse.

CHAPITRE V

Symptomatologie

« La Maladie du Col se caractérise par des troubles de dysurie », avons-nous dit ?

C'est-à-dire qu'à l'état pur, le tableau clinique sera celui d'une affection qui oppose un obstacle à la libre évacuation vésicale.

A) Dysectasie insidieuse le plus souvent, suivant que le détrusor lutte efficacement contre le col, donne des preuves de défaillance, ou se laisse distendre.

— Tant que la vessie lutte efficacement, il existe seulement pollakiurie et dysurie ; ce sont des signes de défense.

L'inhibition fonctionnelle du pouvoir d'allongement des fibres du détrusor provoque la pollakiurie et l'inhibition du pouvoir de raccourcissement, la dysurie.

Pas encore de résidu. Il est virtuel et la mise en polyurie le fait apparaître (épreuve du résidu provoqué).

Pour lutter, la vessie hypertrophie sa paroi : de grosses colonnes et des cellules intermédiaires sont le reflet unique de cette dysectasie cliniquement latente, ou provoquant une dysurie discrète.

Dès que la vessie est fatiguée, la dysectasie a pour reflet le résidu vésical. De volume variable (100 à 500 cc.) il s'accumule au-dessus et en avant du col. Son apparition a pour conséquence un surcroît de travail, pour la musculature pyélo-urétérale, qui doit lutter contre ce poids mort. Le pouvoir fonctionnel du rein s'en ressent.

Enfin, tout résidu décèle une cause d'infection. Cette infection, d'ailleurs, influe souvent sur le volume du ré-

sidu. Une flambée de cystite aiguë le diminue cependant qu'une infection chronique l'augmente (par parésie de la musculature vésicale).

Le chiffre du résidu, fortuitement découvert, ne représente pas obligatoirement le chiffre du résidu fixe. Les oscillations instruisent du caractère lentement mais inexorablement progressif des scléroses du col. Ce sont elles qui aboutissent le plus sûrement et le plus fréquemment aux formes graves, aux formes compliquées de distention urinaire et de retentissement rénal.

— On retrouvera donc tout d'abord des phénomènes dysuriques : ceux-ci peuvent avoir débuté quelquefois très longtemps auparavant et, dans les observations, les accidents remontant entre trois et dix ans, ne sont pas exceptionnels.

— La difficulté de la miction croit progressivement, cependant que le sujet s'affaiblit et que la quantité d'urine chaque fois émise diminue peu à peu. Puis, malgré les efforts de plus en plus grands, la déplétion vésicale complète n'est plus obtenue et la pollakiurie apparaît, à laquelle peut s'ajouter la sensation de pesanteur hypogastrique.

— On est alors parvenu à la phase d'état.

Parfois, les troubles préliminaires n'ont pas inquiété la malade, et c'est pour une crise aiguë de rétention d'urine que l'on est appelé.

La *dysectasie brutale* a pour traduction une rétention vésicale aiguë, complète. Son évolution est fonction de sa cause et de l'état du détrusor. Que le détrusor soit fatigué et il persistera à la suite une stagnation vésicale (résidu).

Evolution définitive, malgré son début brutal, si la cause est durable et surtout si le détrusor a perdu toute valeur.

En même temps, se manifestent les signes habituels d'intoxication avec hyperazotémie, puis la dilatation de tout l'appareil vésical et urétéropyélique ; une hydronéphrose bi-latérale s'installe qui tend à s'accentuer

sans cesse ; enfin, l'incontinence par regorgement peut apparaître comme dernier stade de la maladie.

En réalité, dans la pratique courante, ces troubles sont loin d'être aussi schématiques, entrecoupés qu'ils sont par des accidents congestifs, spasmodiques ou infectieux : ces derniers sont de tous les plus importants et la cystite occupe une première place du tableau clinique ; c'est elle qui est à la base de la pollakiurie, qui la crée, l'entretient et l'aggrave ; c'est elle qui est responsable de la pyurie et des brûlures à la miction; elle est d'ailleurs variable dans sa constance et dans son intensité, pouvant procéder par intermittence à intervalles de moins en moins espacés, pouvant aller jusqu'à l'hématurie.

Elle peut n'être que le premier stade d'une infection ascendante avec urétéropyélite et pyélonéphrite.

B) Dans nos observations :

Nos trois malades se plaignent tout d'abord de phénomènes dysuriques : mictions douloureuses donnant l'impression que tout n'a pas été évacué, résidu consécutif à la fatigue vésicale qui entraîne une flambée d'infection à urines louches.

L'appareil vésical supérieur se dilate, les cystographies en font foi : hydronéphrose en boules, dernier stade avant la rétention complète et l'azotémie.

L'évolution a été, dans les trois observations, *insidieuse, mais lentement et sûrement progressive ;* il n'y a pas eu de rémissions. Le diagnostic n'a été porté que lorque les signes au complet ont provoqué un examen complet.

CHAPITRE VI

Complications

Les conséquences de la Maladie du Col sont considérables.

Le retentissement pyélo-calicien domine le pronostic parce qu'il influe sur le fonctionnement du rein sécréteur.

La lutte de la vessie contre le col se traduit d'abord par une hypertrophie de la paroi musculaire vésicale. Les colonnes épaisses et les cellules qu'elles limitent sont le premier reflet de cette lutte.

L'irrégularité de la paroi s'inscrit sur la cystographie.

Aux lieu et place d'une limite régulière et lisse, on observe une limite irrégulière, crénelée, hérissée de petites boules qui correspondent à des cellules profondes, à des hernies en miniature.

Cette image très typique d'une vessie de lutte permet le diagnostic de Maladie du Col, alors même que le Col apparaît normal à l'urétrocystoscopie.

Quatre conséquences méritent une attention particulière :

1° Les diverticules,
2° Les calculs,
3° Le reflux vésico-rénal,
4° Le retentissement rénal.

1° Diverticules vésicaux.

Les diverticules vésicaux existent ; ils ont été signalés pour la première fois par Knorr ; Caulk, Patton et Bibus, en ont retrouvé ; Dossot en fait mention trois

fois sur six cas. Ils peuvent être uniques ou multiples, être simples diverticules ou diverticulose généralisée. Ils peuvent s'infecter — la diverticulite entretient la cystite ; la lithiase diverticulaire n'est pas rare — quelquefois même on a pu diagnostiquer des néoformations bénignes ou malignes intra-diverticulaires.

Sonts-ils acquis ou congénitaux ?

Vraisemblablement, toujours acquis, d'après ce que nous savons de la pathologie du col. L'important est de savoir que leur recherche s'impose chaque fois que la dysectasie est présente et de quelque ancienneté, de connaître leurs caractères anatomiques et leurs physiopathologie pour poser l'indication logique du traitement.

Nous n'avons malheureusement jamais retrouvé dans les observations, de cystoscopie post-opératoire, ni de cystoradiographie, d'éléments suffisants nous permettant de conclure. Il aurait été intéressant de savoir si la résection du col faisait diminuer ou disparaître ces diverticules — comme on l'a montré chez l'homme.

Quelle que soit la nature de ces diverticules, quelle que soit leur évolution, leur présence ne saurait, en tout cas surprendre dans la dysectasie féminine.

2° Calculs vésicaux.

Quant à la lithiase vésicale, elle existe et dans des proportions qui doivent avoisiner la fréquence du diverticule.

Heckenbach en mentionne deux cas; Chwalla, deux cas et Bibus quatre cas ; Dossot lui-même y fait allusion deux fois.

Les mêmes raisons de dysectasie cervicale sont à la base de la génèse de telles formations, par le résidu qu'elles entraînent et l'infection concomittante.

Un résidu infecté est, en effet, un calcul en puissance : ils se forme parce que la stagnation vésicale est un milieu propice à la précipitation des sels urinaires et surtout parce que l'infection qui tôt ou tard compli-

que cette stagnation est un facteur lithogène prouvé (races lithogènes des bactéries).

3° Reflux vésico-rénal.

Quand le contenu de la vessie remonte vers les voies urinaires supérieures, uretères, bassinets, forçant le méat urétéral, on dit qu'il y a reflux vésico-urétéral ou vésico-rénal.

Reflux passif, résultant d'une libre communication entre la vessie et les voies supérieures à travers un méat urétéral forcé, provoquant un système de vases communicants.

Reflux actif quand la colonne liquide ne fait irruption dans l'uretère qu'au moment de la contraction vésicale. Ici, la distention vésicale chronique réclame un péristaltisme exagéré pour vaincre le poids mort du contenu vésical, aboutit à la fatigue de l'uretère qui se laisse forcer.

La cystoradioscopie suivie de cystoradiographie permet de le mettre en évidence.

4° Retentissement rénal.

Toutes les raisons sont accumulées dans la Maladie du Col pour toucher le fonctionnement du rein : l'excès de travail imposé à la musculature urétérale pour vaincre le poids mort d'une stagnation vésicale, le reflux vésico-rénal qui distend bassinet et calices, et centrifuge le parenchyme, l'infection corollaire de la stase, le développement d'un diverticule juxta-urétéral.

C'est le retentissement rénal qui mesure la gravité des Maladies du Col.

Le taux de l'urée sanguine, l'élimination des colorants, l'établissement de la constante uréosécrétoire, sont autant de moyens qui d'un chiffre fixent théoriquement cette atteinte.

L'urographie confirme ces donnés et les complète, car elle révèle certains retentissements cliniques in-

soupçonnés et parce qu'elle est en mesure, si la sécrétion rénale est encore suffisante, de fournir l'image des voies excrétrices supérieures.

Cette image, souvent très particulière (distention en boule et multiplication apparente des calices), doit permettre, si le rein n'attire cliniquement l'attention sur le col vésical, d'en prévoir le rôle essentiel.

Enfin, pour terminer, disons que cette Maladie du Col a pu se rencontrer chez l'enfant et Caulk et Patton en rapportent six cas, tandis que Campbell en a vu trois et Helly, un.

Ce serait la preuve que l'hypertrophie sphinctérienne pourrait être congénitale, selon la théorie admise chez l'homme par Marion.

N'oublions pas non plus les deux cas présentés par Neff, dont les lésions étaient caractérisée par un prolapsus très net de la muqueuse du col.

5° Constatations personnelles.

Il est intéressant de noter la grosse importance que revêt le reflux vésical-rénal dans le pronostic éloigné chez deux de nos malades.

La dernière, en effet, un an après la résection endo-urétrale, ne présente aucune sécrétion à la 25e minute de l'urographie intra-veineuse.

C'est dire les dégâts provoqués au niveau du parenchyme rénal par l'hypertrophie trop longtemps négligée.

Sur trois malades :

trois fois pyurie persistante,
trois fois reflux vésico-rénal,
trois fois dilations importantes du haut appareil,
trois fois atteinte de la valeur fonctionnelle rénale,
une fois, disparition de toute sécrétion, même après résection.

CHAPITRE VII

Diagnostic positif

La Maladie du Col chez la femme n'est pas aussi facile à diagnostiquer qu'on pourrait le croire et c'est souvent en procédant par élimination qu'on y arrivera.

Le diagnostic de l'affection a toujours été fait, en effet, avec réserve et prudence par chacun des auteurs.

Toutes les observations sont à peu près comparables à cet égard : chaque fois, il existe un ensemble de symptômes fonctionnels assez nets qui amènent à poser timidement le diagnostic de Maladie du Col et chaque fois l'examen urétrocystoscopique dont on attend tout, laisse planer le doute.

— Comme le fait remarquer PÉRARD, « quand on lit les descriptions des auteurs, on n'arrive pas à dégager de signes vraiment pathognomoniques et c'est surtout, à vrai dire, le résultat de la thérapeutique qui constitue le critérium du diagnostic ».

— Il faut, en premier lieu, s'entendre sur la définition de l'affection : c'est « une affection caractérisée par les troubles de l'évacuation vésicale dûs à l'obstacle que présente le col vésical lui-même ».

Ainsi définie, la Maladie du Col chez la femme devient l'homologue de celle de l'homme, bien que beaucoup plus rare ; ceci nous permet d'éliminer toutes les affections que HEITZ BOYER a rangées dans le cadre des néoformations du col vésical chez la femme, qui n'ont rien de commun avec la Maladie du Col.

Nous les retrouverons dans le chapitre du diagnostic différentiel.

— Le diagnostic des Maladies du Col chez la femme sera basé sur un ensemble de facteurs :

A) L'ANAMNÈSE et les SIGNES FONCTIONNELS, la dysurie, qui devront immédiatement commander, comme

par réflexe, la prise du résidu ; celui-ci peut être variable dans son importance, mais toujours appréciable, avec, signe essentiel, la conservation de la contractivité vésicale.

Tels sont les seuls symptômes cliniques.

Quand on a relevé ces différents signes, le diagnostic est évident, à condition que l'on trouve des réflexes normaux et que l'on ne découvre, à l'examen gynécologique d'obstacles susceptibles d'agir par voisinage.

Mais alors qu'on s'attend à trouver, à l'examen endoscopique, la confirmation de ce qu'on vient d'observer cliniquement, on ne trouve en général, que fort peu de choses.

B) Les examens endoscopiques auraient beaucoup plus de valeur, en montrant, d'une part, la présence de cellules et de colonnes dans la vessie, fait qui ne se retrouve guère que dans cette affection et dans le tabès.

Mais alors que dans cette dernière maladie, elles sont fines et peu marquées, dans la Maladie du Col, elles sont ou peuvent être épaisses et saillantes, les cellules profondes, diverticulaires.

— D'autre part, en permettant d'examiner le col, toutes les comparaisons ont été autorisées pour dire que ce col est modifié dans sa couleur, sa forme, son mouvement.

a) *Modifications de forme :*

bourrelet, barre épaisse et charnue, remplaçant la pente douce de la lèvre inférieure et la surélevant, croissant de lune ou arête de poisson, le col est épais, saillant, quelquefois congestionné.

b) *Modifications de teinte :*

muqueuse pâle, blanchâtre ou jaunâtre, mate, si le tissu fibreux a remplacé le tissu souple, toujours plus pâle que normalement.

c) *Modifications de mouvement :*

le col est rigide, immobile, quelle que soit la pression d'eau ou durant les efforts de la miction.

Parfois, il y a un épaississement et une surélévation tels que les orifices urétéraux sont masqués (observation de Richer).

— Marc Papin met en évidence un signe encore jamais publié : c'est la sténose exagérée du col, rendant extrêmement difficile le cathétérisme de l'urètre, véritable structure empêchant la sonde de pénétrer dans la vessie.

La cystographie mictionnelle est capable de déceler quelquefois un signe pathognomonique de la maladie : le défaut d'ouverture du col au moment de la miction.

En réalité, comme le fait remarquer Dossot, cet examen endoscopique qui devait permettre, en examinant le col, de trancher le diagnostic, n'est, en somme, pas du tout concluant.

Chez l'homme, la Maladie du Col est manifeste quand il y a une déformation créée par l'hypertrophie prostatique ou un lobe médian, mais s'il n'y a pas de lésion, la Maladie du Col est déjà plus difficile à mettre en évidence.

C'est ce qui se produit chez la femme, et ce, aussi bien avec les urétroscopes à vision directe, qu'avec les appareils de Nogués ou de Mac Carttry.

— D'autre part, bien des facteurs interviennent qui peuvent modifier les aspects d'un col vésical féminin : l'observation de Leroy où les différences de pression d'eau donnaient des aspects normaux et anormaux, est significative.

De même, une inclinaison différente de l'appareil employé, des déformations de voisinage (fibrome utérin, réplétion de l'ampoule rectale) peuvent modifier l'aspect du col vésical féminin.

Si, enfin, au lieu d'employer les appareils courants, on veut explorer le col avec des appareils fort obliques ou rétrogrades, des aspects spéciaux peuvent être obtenus qui ne sont pas anormaux : le bord décrit toujours une forte saillie.

— L'exploration du col ne donnant qu'un minimum de renseignements, comment faire un diagnostic posi-

tif de Maladie du Col, comment diagnostiquer une rétention par paralysie vésicale, d'une rétention par dysectasie cervicale ?

C'est en constatant, à la cystoscopie et à la radiographie, les conséquences vésicales du trouble fonctionnel du col.

Chez la femme, comme chez l'homme, l'existence de grosses cellules, de colonnes, de diverticules, de reflux urétéral, permet d'affirmer la Maladie du Col, l'une ou l'autre de ces lésions existe toujours.

En résumé, comme le dit fort bien Dossot : « Ou bien des aspects pathologiques se voient chez des sujets normaux, ou bien des sujets ayant authentiquement un syndrôme de dysectasie du col, ont un aspect endoscopique normal ».

Il ne faut donc pas trop compter sur les modifications endoscopiques du col — et nous nous rangerons à l'avis de Thompson, prétendant que l'examen urétroscopique n'est en règle générale absolument pas caractéristique.

C) Dans nos trois observations, les signes fonctionnels n'ont pas manqué. Mais le diagnostic n'en est pas moins resté en suspens, jusqu'à ce que les complications de reflux vésico-rénal entraînant des troubles tels, que la résection endo-urétrale soit urgente.

L'examen endoscopique, au début, ne signalait qu'un léger épaississement de la lèvre inférieure du col, non en proportion avec les troubles dysuriques.

La prise du résidu augmentant chaque fois davantage, l'urographie intraveineuse et ses signes d'hydronéphrose ont forcé le diagnostic et appelé la décision opératoire.

D'où la nécessité de penser à une éventuelle Maladie du Col devant des troubles mictionnels chez une femme et d'éviter ainsi les redoutables complications qui peuvent entraîner la perte de la sécrétion rénale.

CHAPITRE VIII

Diagnostic différentiel

Quelles affections allons-nous éliminer pour assurer le diagnostic ?

A)—Maladie du Col et système nerveux.

La Maladie du Col, secondaire à une affection du système nerveux, doit être absolument distinguée de la paralysie de la vessie, qu'on peut observer dans les mêmes conditions et qui explique les troubles urinaires si fréquents des paraplégies, du tabès, etc...

La contraction vésicale est normale, mais au moment où elle se produit, le sphincter refuse de s'ouvrir, comme si le centre qui préside à cette ouverture avait cessé de fonctionner.

Ainsi s'explique un certain nombre de dysuries qu'on observe dans les hémiplégies, les paraplégies, les fractures du rachis, le tabès, la syphilis médullaire, la Maladie de Parkinson, le spina bifida, les lésions traumatiques ou opératoires du sympathique pelvien.

Il y a perte de « l'harmonie entre le tonus amoindri du détrusor et celui probablement exagéré du sphincter lisse », ce qui aboutit à la dysurie, puis à la rétention.

Un examen approfondi du système nerveux, les résultats du laboratoire éliminent facilement ces dysectasies par troubles de l'innervation du col, troubles nerveux à point de départ local, régional ou central — et même par hypertonie sphinctérienne isolée dûe à la pathologie encore mystérieuse du plexus hypogastrique.

B) Retrécissement de l'urètre.

Le col peut être le siège d'une lésion organique : le rétrécissement de l'urètre avec sa dysurie progressive, sa pollakiurie, son résidu et l'infection surajoutée, peut égarer le diagnostic.

C'est la constatation, lors du cathétérisme, de la structure urétérale qui affirme ici le véritable diagnostic.

La clinique apportera aussi la preuve de l'antécédent inflammatoire, cause de ce rétrécissement : gonococcie ou tuberculose.

C) Cystocèle.

Le cystocèle provoque des troubles fonctionnels à début toujours progressif : très fréquentes envies d'uriner, mictions de plus en plus incomplètes, pertes d'urine au moindre effort plutôt que totale incontinence, et, à la longue, parfois, cystite.

Signes fonctionnels identiques à la Maladie du Col. mais l'aspect endoscopique de la paroi vésicale n'est pas modifié, et surtout un examen gynécologique décèle une voussure arrondie, convexe en bas, et s'arrêtant plus ou moins près de la fourchette : le diagnostic de cystocèle est fait.

D) Maladie néoformante du col vésical.

Sous le nom de « Maladie néoformante du col de la vessie chez la femme » ou de « Lésions néoformantes inflammatoires » ou d' « urétrocystite néoformante », Heitz Boyer décrit un ensemble nosologique très net, survenant presque exclusivement dans le sexe féminin, correspondant à des lésions souvent minimes de la région urétro-cervicale, lésions en saillie toujours, elles entraînent l'apparition d'accidents sérieux, accidents surtout locaux de cystite, mais parfois généraux aussi et dont l'évolution rebelle et récidivante trouble profondément la vie de ces patientes.

Douleur et fréquence des mictions, purulence des urines ou non, donnant alors « une cystite à urines

claires », troubles psychiques, résultant de la prolongation et du retour toujours menaçant de ces troubles si douloureux et si gênants, le diagnostic positif se fait ici aisément par l'urétroscopie : variétés polypeuse, kystique, œdémateuse, angiomateuse, en forme d'abcès, chacune d'elles nécessite l'étincelage en haute fréquence dont les résultats dépassent, dans l'immense majorité des cas, toutes les espérances.

Néoformations faciles donc à diagnostiquer, mais les difficultés surgissent pour déterminer s'il n'y a pas co-existence avec la Maladie du Col Vésical : l'infection peut, en effet, être la source d'une Maladie du Col qui peut se compliquer de néoformations.

Mais, efforts à la miction et présence d'un résidu permanent, signent suffisamment la Maladie du Col pour porter un diagnostic différentiel et, de ce fait, une thérapeutique appropriée : la résection endoscopique du col.

CHAPITRE IX

Thérapeutique

Le traitement de cette maladie est, en quelque sorte, la pierre de touche qui apporte la preuve de son existence et l'exactitude du diagnostic ; c'est reconnaître tout l'intérêt que l'on doit lui accorder.

— Plusieurs thérapeutiques ont pu être proposées : cautérisations locales, étincelages, résection du col par voie haute ou par voie endo-urétrale.

— Une seule méthode est efficace : la *résection du col*. Elle se pratique soit par voie haute — transvésicale (Marion), ou rétropubienne (Millin), s'il y a une autre lésion à traiter, calcul ou diverticule par exemple — soit plus simplement par la voie endo-urétrale à l'aide du résectoscope, type Mac Carttry ; c'est là, en réalité, le traitement de choix.

A) Technique.

Précédée d'une bonne désinfection locale (c'est-à-dire vésicale et surtout vaginale) elle pourra s'effectuer sous anesthésie épidurale et sous la mise en place, après l'intervention, d'une sonde à demeure, comme chez l'homme.

— Elle pourra être « homéopathique », comme le dit Dossot, c'est-à-dire qu'un simple effleurage du col, sans prise de coupe nette, peut dans certains cas suffire.

— Mais, le plus souvent, il faudra savoir enlever un à deux rangs de coupes franches et non pas seulement sur le bord inférieur, mais également sur les faces latérales.

— La réserction sera suffisante en profondeur et en surface :

a) *En profondeur,* elle doit supprimer la saillie cervicale, niveler le col complètement ; un optique à vision rétrograde est très utile pour vérifier immédiatement le résultat anatomique.

b) *En surface,* elle doit s'étendre à une partie importante de la circonférence du col, au moins de la moitié ; Thompson recommande même de mordre sur la totalité du col.

Grâce à ces résections larges, on agit mieux sur la tonicité du col, et on est sûr d'obtenir un résultat définitif.

B) Complications.

Il faut savoir que cette opération n'est pas sans danger et que l'on doit craindre, plus que la perforation de la vessie — dont nous n'avons pas retrouvé l'exemple — l'incontinence totale et définitive par destruction trop complète du sphincter, et la formation de fistules vésico ou urétro-vaginales.

— C'est pour éviter des redoutables complications que certains auteurs ont proposé d'intervenir en laissant un doigt dans le vagin pendant la résection.

Avec de la prudence, du soin, on doit les éviter.

— Un autre avantage à l'emploi du résecteur : c'est de permettre d'obtenir des fragments à soumettre à l'examen histologique ; ceci présente un certain intérêt dans une question dont la pathogénie est encore si obscure et réclame de persévérantes recherches.

C) Résultats.

Les résultats sont en général parfaits ; les troubles fonctionnels s'atténuent d'ordinaire immédiatement après l'intervention ; le résidu diminue, puis disparait ; l'évacuation vésicale, spontanée complète, est possible dès l'ablation de la sonde à demeure.

D) Récidives.

Quelquefois surviennent des *récidives*, conséquence directe de la continuation à bas bruit, après l'intervention, du processus évolutif de sclérose.

Il est donc sage, en tout état de cause, de surveiller longtemps ces malades, mêmes celles dont le résultat opératoire peut apparaître parfait, et de les convoquer périodiquement pour la vérification de leur état, en se tenant prêt à réintervenir si on le jugeait opportun.

E) Résultats personnels.

Pour nos trois cas personnels, nous avons cherché à obtenir une bonne résection en pratiquant de nombreuses coupes très minces (15 à 20) qui purent fournir un alésage suffisant du col vésical.

Sans complications post-opératoires, les résultats immédiats furent parfaits.

Mais insistons de nouveau sur la nécessité de pratiquer le plus tôt possible cette résection, c'est-à-dire dès que le diagnostic est posé avec assez de certitude pour éviter les lointaines conséquences sur les reins, que nous avons à déplorer chez deux de nos malades.

Résection excellente en elle-même, mais la Maladie du Col avait poussé trop loin ses conséquences. La troisième observation, en particulier, démontre la gravité du pronostic malgré une meilleure évacuation vésicale.

Le véritable traitement de l'hydronéphrose est, une fois de plus, le traitement prophylactique.

CHAPITRE X

Observations

Observation I. — Caulk 1921 (résumée).

Femme de 36 ans.

Pollakiurie douloureuse très marquée avec pesanteur hypogastrique nécessitant le repos au lit et la morphine.

En 1919, signes de cystite intense (capacité vésicale 100 cc.), hydronéphrose légère, tous les traitements essayés ont été essayés sans succès.

En 1921, signes identiques mais épaississement du sphincter et col irrégulier envahi d'œdème bulleux (aspects identiques à ceux observés chez l'homme).

Caulk pratique une résection médiane à l'aide de son punch-cautère. Intervention pratiquée avec prudence sous le contrôle d'un doigt vaginal. Aussitôt après, toute douleur cesse, deux jours plus tard, retour de miction douloureuse difficile avec un peu de sang en fin de miction, mais tout rentre dans l'ordre et à la quatrième semaine qui suit l'opération, la malade peut voyager sans douleur. Tous les symptômes sont amendés et elle n'a plus que deux mictions nocturnes, ce qui pour elle équivaut à un soulagement complet.

Observation II. — Marc Papin 1933 (résumée).

Mademoiselle C..., 20 ans, de La Rochelle.

Sans antécédent jusqu'à 15 ans et demi.

En 1926, appendicite opérée, suivie d'une crise de rétention vésicale réflexe. Elle reste 12 heures en rétention sans être sondée, puis fut cathétérisée ensuite régulièrement. Sa vessie s'infecta, ses urines devinrent purulentes, température et signes d'infection vésicale. Les mictions spontanées ne se rétablirent pas et obligation de se sonder plusieurs fois par jour.

En 1929, vessie remontant à l'ombilic avec urine un peu trouble. Utérus normal, mais salpingo-ovarite prononcée à gauche, les touchers vaginal et rectal ne décèlent rien d'autre, l'uretère paraît normal. Opération de l'ovaire et de la trompe gauche.

En 1930, elle n'urine toujours pas, pas de température, mais résidu vésical louche de 900 cc. Rien à l'utérus, rien

aux annexes droites, reins un peu douloureux, rien du côté système nerveux (réflexes normaux, pupilles égales).

Cystoscopie : vessie saine avec quelques lésions de cystite légère, pas de corps étrangers, pas de diverticules, orifices urétéraux normaux, mais col en arête saillant, congestionné.

Diagnostic : Maladie du Col, cause de dysurie.

Opération le 5 Avril 1930 : cystostomie sus-pubienne. Col vésical sténosé, enlevé au bistouri par évidement cunéiforme. Sonde urétro-vésicale à demeure le sixième jour. Orifice sus-pubien fermé au quinzième jour.

Depuis, la malade urine parfaitement, vide entièrement sa vessie, n'a jamais eu besoin de se sonder. Les urines s'éclaircissent de plus en plus sous l'influence des médicaments antiseptiques.

Examen histologique du col par P. NADAL, de Bordeaux :

« Lésions purement inflammatoires mais d'une intensité extrême.

« Il existe en un point d'un fragment étudié une profonde ulcération dont le fond est constitué par un tissu de granulations riches en leucocytes.

« D'autres points avec foyers inflammatoires analogues.

« Il n'existe pas de signes de tuberculose et pas davantage de néoplasme.

« La dysurie était probablement dûe à la tuméfaction inflammatoire des tissus formant valvule ».

Il s'agit donc d'une femme qui ne présente ni rétrécissement de l'urètre, ni diverticules de la vessie, l'on ne peut pas parler de prostatisme. Il n'y a pas dans l'examen histologique signe d'hypertrophie, il n'y a que des lésions d'infection. Cette jeune fille n'a été atteinte de Maladie du Col qu'après avoir fait de la rétention réflexe et qu'après avoir infecté sa vessie par sondages.

Comment ne pas admettre la relation de cause à effet ?

Observation III. — RICHER 1937.

Cas d'une Maladie du Col Vésical chez la femme guéri depuis 4 ans. Résection par voie hypogastrique.

Mme B..., 42 ans, en rétention complète depuis 10 jours, sondée régulièrement sans miction spontanée.

Dans les antécédents : accouchements normal, une intervention abdominale (appendicite et ovaire scléro-kystiques) et plusieurs crises d'oligurie (petites crises de rétention) épreuve à la pilocarpine sans résultat.

Cystoscopie : vessie saine, mais surélévation du col, les deux orifices urétéraux étant présents dans le même champ que la lèvre postérieure du col : c'est le signe de MARION du prostatisme masculin.

Longue cystostomie, col faisant une saillie importante dans la vessie, énucléation assez facile d'une bague de huit

à dix millimètres de haut, fermeture subtotale sur sonde de Pezzer, guérison opératoire en 18 jours.

Très légère incontinence, en général nocturne, pendant trois mois, qui a disparu progressivement pour ne plus se reproduire.

Guérison fonctionnelle complète depuis près de 4 ans sans résidu.

Observation IV. — Van Houtum 1937.

Mlle A. S..., 29 ans.

Troubles dysuriques depuis sa jeunesse.

Depuis 4 ans, rétention d'urine incomplète (un litre et demi à deux litres).

Spina bifida occulta sans lésion médullaire.

Entrée en Juin 1933 en rétention chronique avec distention.

Urée sanguine à 1 gr. 70.

Vessie à cellules et à colonnes.

Uretères dilatés, allongés, flexueux.

Bassinets et calices dilatés.

Urines infectées.

Traitement de 4 mois avec cathéter à demeure et dilatation du col.

Etat général amélioré (urée à 0 gr. 85).

Mais résidu à 1 l. 1/2 si pas de cathétérisme pendant deux jours.

Résection sur la lèvre postérieure du sphincter (cautery punch).

Deux fois un punch à 4 semaines d'intervalle.

La malade put vider elle-même sa vessie.

Mais l'état des reins ne s'améliora pas. la malade ne vivait que par polyurie ; elle a survécu trois ans à l'opération — pendant ce temps elle n'a plus eu besoin de la sonde.

Observation V. — Van Houtum 1937.

Madame R..., 73 ans.

Cystite aiguë et rétention complète il y a douze ans.

Après guérison de la cystite, résidu de 250 cc.

Examens gynécologique et neurologique normaux.

Le résidu augmente jusqu'à 1.300 cc. mais sans distention (uretères non dilatés).

Urée 0 gr. 50.

Vessie à cellules et à colonnes très prononcées.

Lèvre postérieure du sphincter en saillie dans la vessie.

Après une hémorragie vésicale, résection endo-urétrale.

Le résidu tombe à 75 cc.

Histologie : Infiltration lymphocytaire et dégénérescence scléreuse du tissu musculaire.

Observation VI. — Van Houtum 1937.

Mlle V. G..., 58 ans.

Troubles de la miction depuis 17 ans.

Envies fréquentes et impérieuses d'uriner. Urine limpide.

Nombreux traitements sans succès.

Les symptômes s'aggravent, les crises douloureuses de strangurie deviennent plus nombreuses et de plus longue durée.

Nombreux épaississements et irrégularités tout autour de l'orifice du col.

Résection du bord postérieur (cautery punch).

Durant 7 mois, excellents résultats.

Mais nouveaux troubles dysuriques quoique très améliorés.

Nécessité de refaire un jour ou l'autre l'opération.

Observation VII. — Thévenard 1939.

Madame G..., 30 ans.

En 1938, cystite infectieuse banale persistante avec pollakiurie et pesanteur hypogastrique permanente avec irradiation lombaire.

A l'examen : Quantité relativement faible des urines émises spontanément, limpidité (en contradiction avec une supposée cystite).

La malade n'urine qu'avec lenteur et difficulté, la fin de la miction lui laisse la sensation d'une évacuation vésicale très incomplète.

Le cathétérisme fait écouler 250 cc. d'urine claire et fait disparaître en même temps les pesanteurs hypogastriques et lombaires.

Dysurie, pollakiurie et pesanteur ont été d'apparition progressive (depuis plus de 2 ans déjà).

L'étude cyto-bactériologique de ses urines se montre complètement négative.

Urétrocystoscopie : vessie à colonnes en petit nombre et peu accentuées, orifice urétéraux normaux de forme et de situation avec des éjalucations régulières. Col vésical régulièrement circulaire, de teinte un peu pâle, sans autre trace de quelconque modification pathologique notamment inflammatoire ou néoformante.

Une pyélographie ne donne pas d'image absolument concluante, mais permet de mettre en évidence des deux côtés une capacité un peu supérieure à la moyenne.

Examen général négatif.

Les différents signes présentés par cette malade étant tout à fait superposables à ceux de la Maladie du Col chez l'homme, nous décidons de lui appliquer un traitement analogue par voie endoscopique.

Intervention sous rachis-anesthésie.

Evidement prudent en gouttière.

Sonde à demeure en place pendant 40 heures. hémorragie insignifiante.

Le cathétérisme est cessé au bout d'une semaine.

Tous les signes fonctionnels ont disparu.

Les suites plus éloignées sont simples.

Excellent état fonctionnel, résidu nul.

Une pyélographie est faite en 1939 (un an après l'intervention).

Capacité des bassinets normale.

Leur forme et surtout celle des calices semble indiquer une diminution de volume par rapport à la radiographie précédente. Nous nous assurons à nouveau, à cette occasion, que l'évacuation vésicale spontanée reste totale.

Observation VIII. — NEFF 1939.

Veuve de 79 ans, sans enfant.

Cystite aboutissant 18 mois plus tard à la rétention complète.

Cet état dure depuis 6 mois, on pratique un cathétérisme quotidien.

Urétro-cystoscopie : colonnes très accentuées et anneau de muqueuse lâche au niveau de l'orifice interne du col sans sclérose apparente.

Autres examens normaux.

Six morsures au résectoscope de MAC CARTTRY amènent le rétablissement de la miction spontanée avec un résidu qui diminue rapidement pour se stabiliser aux environs de 20 à 25 cc.

Observation IX. — NEFF 1939.

Femme de 30 ans, deux enfants, deux fausses-couches.

Résidu de 1950 cc. Depuis deux ans, incontinence nocturne, urée 0 gr. 42.

Pyélite bi-latérale, capacité des bassinets 30 cc.

Pas de reflux à la cystographie, cystométrie normale.

Examen endoscopique : colonnes et état de cystite subaiguë avec un anneau de muqueuse exubérante de mobilité nettement anormale qui fait saillie dans l'urètre, au voisinage immédiat de l'orifice vésical, qui apparaît nettement relâché.

Résection de cette muqueuse.

La malade, revue un an plus tard, est en parfait état ; tout résidu a disparu, plus trace d'infection.

Observation X. — PÉRARD 1941.

Mme P..., 53 ans.

Hystérectomie il y a 8 ans.

Depuis 3 ans, dysurie et pollakiurie graduelle.

Est obligée de « pousser » pour uriner quelques gouttes.

Globe vésical manifeste au palper.

Résidu de 600 cc.

Urines purulentes.

Vessie à cellules et colonnes et même quelques petits diverticules.

Muqueuse vésicale rouge sombre avec quelques petits placards de mucopus.

Col tranchant, rigide sur le bord inférieur et les bords latéraux. Aspect pâle, jaune, avasculaire.

A l'urétrographie mictionnelle, le jet de baryte est extrêmement étroit et le col ne s'ouvre pas à proprement parler.

Intervention par résection trans-urétrale (10 fragments).

Sonde de PEZZER pendant 4 jours.

Mictions incomparablement plus faciles, résidu de 40 à 10 cc., urines limpides.

Un mois après l'intervention, le col a un aspect irrégulier, crênelé, il est encore saillant quand la vessie est garnie de liquide, mais il s'aplatit et s'efface complètement quand on laisse vider la vessie par le robinet d'évacuation: c'est là une différence essentielle avec ce qu'on a constaté avant l'intervention.

Histologie : début de leucoplasie au niveau de la muqueuse.

A retenir, le teint pâle, blanchâtre du col. Cette coloration serait un signe de transformation scléreuse — autre signe non moins important en faveur de la rigidité scléreuse du col : c'est la fixité de son bord inférieur tranchant au cours de l'évacuation passive du liquide vésical pendant l'urétroscopie.

Observation XI. — Maxime LEROY 1941.

Femme de 54 ans.

Hystérectomie pour salpingite, en 1928.

Cystite à répétition, en 1939.

Depuis 2 mois : pollokiurie et pyurie.

Urétroscopie : vessie à cellules et à colonnes, col épaissi et saillant sur tout le pourtour.

On pratique une très légère résection.

Histologie (Busser) : légère hyperplasie épithéliale banale, épaisse sclérose sous-jacente, quelques amas inflammatoires volumineux.

Résultats excellents, le résidu passe de 500 à 20 cc.

Observation XII, Dossot 1942.

Femme de 34 ans.

Dysurie progressive depuis 10 ans.

Rétention complète depuis 18 mois, se sonde matin et soir.

Vessie à cellules et à colonnes.

Col surélevé, légèrement convexe.

Résection par taille hypogastrique.

Résultats excellents.

Histologie : infiltration inflammatoire de la sous-muqueuse, sclérose importante étouffant le tissu musculaire.

Observation XIII.

Femme de 62 ans.

Rétention complète.

Vessie à cellules et à colonnes.

Bord inférieur du col surélevé et blanchâtre.

Petit diverticule sur la face latérale droite.

Deux résections à quelques jours d'intervalle.

Résultat parfait.

Observation XIV.

Femme de 64 ans.

Mal de Pott et tumeur blanche du coup de pied.

Cystite depuis 15 ans et dysurie, résidu 120 cc.

Cystite généralisée avec orifices diverticulaires.

Orifices urétéraux entr'ouverts.

Bord inférieur du col surélevé et festonné, léger reflux.

Résection endo-urétrale.

Incontinence passagère, puis bon résultat.

Mais résidu à 170 cc.

Observation XV.

Femme de 69 ans.

Ovariectomie pour tumeur de l'ovaire, hystérectomie, malformations chez plusieurs enfants.

Pollakiurie et dysurie depuis 4 ans.

Cystoscopie : gros diverticule latéral, col blanchâtre et épaissi.

Résection : 7 coupes minces. Bon résultat.

Histologie : sclérose du tissu musculaire avec congestion sanguine et infiltration inflammatoire.

Observation XVI.

Femme de 38 ans.

Scoliose prononcée, deux césariennes.

Dysurie progressive et rétention, il y a 8 ans, après une césarienne.

Cystoscopie : Vessie à cellules et colonnes, ébauche de joues latérales dans l'urètre.

Deux résections à peu d'intervalle, sans résultat. Une troisième, trois mois après, donne un résultat parfait.

Histologie : sclérose et œdème du chorion, sclérose musculaire.

Observation XVII.

Femme de 30 ans, épilepsie.

Rétention complète avec très ancienne dysurie.

Vessie à cellules et colonnes.

Bord postérieur saillant et convexe.

Ablation complète de la saillie cervicale.

Urine spontanément sans résidu cinq jours après.

Histologie : Sclérose intense et épaississement du chorion de la muqueuse avec congestion sanguine très marquée. Hyperplasie épithéliale légère.

Observation XVIII. — Cibert 1942.

Madame SA..., 45 ans.

Pyélonéphrite avec cystite depuis 19 ans, dysurie.

Résidu oscillant entre 400 et 600 cc., urines troubles.

Examens neurologique et somatique négatifs.

Résection de quelques copeaux.

Lèvre postérieure un peu saillante.

Histologie (Professeur Noël) : Les fragments les plus superficiels sont revêtus par un épithélium de type vésical intérieur, très épais, revêtant une nappe conjonctive œdémateuse infiltrée par d'assez nombreux leucocytes et plasmocytes et abondamment pourvu en capillaires veineux dilatés. On ne voit pas de fibres musculaires.

Les autres fragments sont constitués par une zone de sclérose dense dans laquelle on n'aperçoit plus que quelques rares éléments musculaires complètement disloqués et presque réduits à l'état d'unité.

En somme, sclérose interstitielle diffuse avec lésions inflammatoires et lyse musculaire presque totale.

Observation XIX. — Malgras 1942.

Mlle C..., 38 ans.

Depuis 4 à 5 ans, crise douloureuse dans le flanc droit, aucun trouble fonctionnel vésical.

Depuis un an, pollakiurie et poussées de cystite très douloureuses avec chaque mois, au moment des règles, une rétention d'urine complète obligeant au sondage pendant plusieurs jours.

En 1941, rein droit ptosé.

Pyélographie rétrograde : reins abaissés au niveau de L 4, L 5, avec coudure de l'uretère, mais aspect du bassinet normal. Néphropexie envisagée.

En Octobre 1941, les phénomènes vésicaux se sont aggravés, urines claires, sans pus ni germes.

Cystoscopie : muqueuse vésicale normale, pas de saillie du bord inférieur, col blanchâtre.

Examen gynécologique négatif.

Résidu 160 cc. ; dans les jours qui précèdent les règles, ce résidu devient considérable, jusqu'à 650 cc.

Résection à la fois sur le bord inférieur et la moitié inférieure des bords latéraux, sonde à demeure.

Suites opératoires normales, sans incidents.

Les troubles vésicaux ont entièrement disparus, le résidu ne dépasse jamais 20 cc.

Mais les douleurs du flanc droit persistent : une néphropexie ultérieure sera donc à pratiquer.

Observation XX. — Auvigné et Vincent, 1942.

Madame P..., 42 ans.

En 1935, cystite, dysurie après un accouchement difficile en 1933. Urines troubles. Soignée par traitement médical.

En 1939, toujours dysurique, avec cystite et résidu léger. On attribue ces symptômes au prolapsus utérin avec cystocèle. Périnéorraphie et colporraphie antérieure avec ablation d'un petit polype de l'urètre. Suites opératoires simples, mais persistance de cystite avec urines troubles. On élimine une affection rénale par division d'urine.

En Décembre 1940, toujours dysurie avec pollakiurie diurne et nocturne (6 à 8 fois).

Cystoscopie : petit calcul vésical.

Lithrotritie : suites opératoires normales.

Mais urines claires avec résidu de 90 cc., la malade pousse de plus en plus pour uriner.

En 1941, urétroscopie : légère déformation du col, sans véritable barre, mais légère saillie de la pente vésiculo-urétrale, vessie à cellules et colonnes, aucune trace de calcul.

Résection endoscopique.

Suites normales, sonde enlevée le 5e jour.

Aussitôt, disparition de la dysurie, ne pousse plus pour uriner, sortie le 6e jour avec un résidu de quelques cc.

Revue deux fois : aucun trouble, urines limpides, résidu 50 cc. limpide.

Observation XXI. — Marc Papin, 1942.

Madame J..., 45 ans.

Fièvre typhoïde en 1940, avec rétention complète.

Les urines deviennent purulentes et résidu de 800 cc.

« La sonde vient buter dans le fond de l'urètre contre un obstacle ».

La sonde permet de retirer un litre d'urine purulente.

Examen clinique négatif.

Cystoscopie : col sténosé en arête saillante, congestionné. Vessie à cellules et colonnes.

Cystostomie : col très serré, ouverture au bistouri et dilacération au doigt.

Malade entièrement guérie et vidant sa vessie.

Histologie : foyers inflammatoires disséminés.

Conclusions

1° Bien que rare, encore que cette rareté n'est sans doute que relative, il existe chez la femme, comme chez l'homme, une affection appelée :

« Dysectasie du Col », par Legueu et Dossot, ou de manière plus schématique :

« Maladie du Col Vésical chez la femme ».

2° Il s'agit essentiellement de dysurie ou de troubles de l'évacuation vésicale dûs à l'obstacle que représente le col lui-même sans que l'on puisse trouver à son origine une malformation anatomique ou des troubles d'origine centrale ou médullaire.

3° La pathogénie en a été très discutée :

— S'agit-il d'une affection congénitale ? C'est fort possible, et quelques cas de la Maladie du Col chez la petite fille, viendraient confirmer cette hypothèse.

— S'agit-il d'une lésion acquise ? C'est beaucoup plus vraisemblable et tous les auteurs s'accordent pour faire jouer un rôle important à l'infection, que celle-ci vienne de l'appareil urinaire ou de l'appareil génital.

— Il paraît bien difficile de se prononcer sur la nature exacte de la maladie, l'examen des coupes opératoires lui-même ne semblant pas concluant.

4° Le diagnostic s'oriente sur la constatation d'une dysurie, dysurie progressive le plus souvent et, généralement masquée par des troubles infectieux concomitants. Le diagnostic de cystite simple est souvent porté à tort.

Le diagnosic sera appuyé par la constation d'un résidu et sur les résultats de l'examen endoscopique, encore faut-il savoir que la mise en évidence de cellules et de colonnes, ou d'un col saillant n'est pas toujours

suffisante pour affirmer la présence de la Maladie du Col.

5° La résection endo-urétrale est le traitement de choix, mais elle doit être prudente, sous peine de créer une incontinence.

6° Le pronostic est fonction de la périodicité du diagnostic : l'essentiel est de rétablir une miction normale avant la production de lésions irréversibles.

Le Président,
FABRE P.

Vu : Le Doyen,
LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer.

Toulouse, le 21 Juin 1950.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

AUVIGNE et VINCENT. — *Un cas de maladie du Col chez la femme.* J. Urol., Tome 50, Janvier 42, page 97.

BARBIN. — *Contribution à l'étude des rétentions d'urine chez la femme.* — Thèse Paris 1901.

BAZY. — *De la stagnation vésicale ou évacuation incomplète de la vessie chez la femme.* — J. d'Urol., Mai-Juin 1921, p. 441.

BIBUS. — *Die starre des blasen.* — *Schliessmuskels bel der Frau.* — Zeit. Urol. Chir. und gyn. 1938, p. 159.

BLATT. — *Die sphincterkeilexcision bei der Erkraukurgen des Blakalses.* — Zeit. Urol. Chir. und. gyn. 1936, p. 31.

BRAASCH et THOMPSON. — *Treatment of the atonic bladder.* — Surf. Gyn. Obst. 1935, p. 379.

CAULK. — *Contradure of the vésical neck in the female.* — J. of Urol. 1921, p. 341.

CAULK. — *Obstructions at badder neck in men, women and children* — Internat. clin. 1937, p. 136.

CAULK et PATTON. — *The cautery punch operation for the removal of obstructions lesions at the vesical orifice in women and children.* — J. of Urol. 1935, p. 504.

CAVAILHER et PERIN. — *Maladie du col vésical. Séquelle de rétrécissement traumatique de l'urètre.* — Presse Médicale N° 4, 1946, p. 57.

CAVAILHER, CIBERT et PERIN. — *Etiologie et pathogénie des dysectasies cervicales.* — J. d'Urol. T. 49, N° 11-12, 1941, p. 499.

CHEVAILLIER. — *Du prostatisme chez la femme.* — Ann. Mala. des Orf. Ur. 9-1891, p. 473.

COLLE. — *De la maladie du col vésical chez la femme.* — Thèse de Paris, 2 Mai 1945.

DOSSOT. — *Six cas de dysectasie du col vésical chez la femme.* — J. d'Urol., T. 49, N° 11-12, 1941, p. 531.

DUZEN, IOONEY, DUNCAN. — *Developpement of prostate : Anatomical et histological studies.* — J. of Urol. 41, 1931, p. 473.

FITE. — *Vesical neck obstruction in the female treak by resection with the Mac CARTTRY résectoscope.* — Urol. and Rev. 38, 1934, p. 163.

FOLSOM. — *The female uretra.* — J. Amer. Med. Ass. 19, 1931, p. 1345.

FOLSOM et ALEXANDER. — *Referred pain from the female urethra.* — J. d'Urol. 31, 1934, p. 731.

FRIEDRICH. — *Sphincterklerose bei der Frau.* — Zeit. Urol. 29, 1935, p. 601.

FRIEDRICH. — *Diagnosis and classification of the various forms — of bladder neck obstructions.* — Minn. Med. 1929, p. 137.

FONSECA. — 5e Congrès de la Soc. Int. d'Urol., Londres 1933, 2, p. 366.

GAYET et Mlle G. GAILLARD. — *La Maladie du Col Vésical chez la femme.* — Lyon Médical T. CLXV, N° 16, 1941, p. 251.

GOINARD. — *Sur l'opération de MARION pour relâchement du col vésical chez la femme.* — Presse Médicale, N° 45, p. 632, 1942.

GUILLEMAIN, GRANDINEAU et CAYOTTE. — *Maladie du col et rétention d'urine chez la femme.* — Rev. méd. de Nancy, T. LXXII, 1947, p. 247.

GUYON. — Leçons cliniques, 4e Edit., 1903, p. 182.

KECKENBACH. — *Ueber die Sphinktersklerose.* — Zeit. Urol., 33, 1939, p. 204.

HEITZ BOYER. — *La maladie néoformante du col de la vessie chez la femme.* — J. d'Urol., 42, N° 3, 1936, p. 216.

HELLY. — *Anatomische grundlagen und Folgen von sphinkterspasmen am magendarm und Urogenitaltrakt.* — Mun. med. Woch., 4, 1937, p. 115.

HENDRICKSON et KARL SIMON. — *Congenital contracture of the vesical neck.* — J. or Urol. 42, N° 2, 1939, p. 140.

HICKS. — *Bladder neck contracture in women.* — Surf. chin. Amer. 14, 1934, p. 1219.

VAN HOUTUM. — XXXIVe Congrès Français d'Urologie, 1934, p. 552.

VAN HOUTUM. — *Six cases of chronic retention of urine in women caused by dysectasie of the bladder neck.* — Proc. Roy. Soc. Med., 2, 1935, p. 1511.

VAN HOUTUM. — *Du prostatisme chez la femme.* — Bull. Soc. Fr. Urol., 1937, p. 187.

HOVELACQUE et TURCHINI. — *Anatomie et Histologie de l'Appareil Génital de l'Homme.* — G. Doi. Paris, 1937.

KEYES. — *Bladder neck obstruction attributed to sclerosis or bar.* — Amer. J. Surf. 19, 1933, p. 215.

KNORR. — *Ueber Koutraktun and sklerose des Blasennalses beim weibe.* — Zeit. Gyn. 51, 1927, p. 1154.

LANE. — *Bladder neck pathology in female.* — California and west med., 1933, p. 124.

LIEBER. — *La maladie du col chez la femme.* — Lyon Chirurgical, 1944, p. 264.

MAC KENZIE et SYDNEY BECK. — *A histological study of the female bladder neck and urethra.* — J. Urol. 36, 1936, p. 414.

MALGRAS. — *Un cas de maladie du col chez la femme.* — J. d'Urol. N° 1-2, 1942, p. 97.

MARION. — Traité d'Urologie, 2 vol., Masson 1935.

MARION. — *La maladie du col.* — *Clinique de l'Hôpital Necker.* J. des Prad., N° 47 *bis*, 1938, p. 769.

MARION. — *Maladie du col chez la femme.* — J. d'Urol., 49, 1941, p. 554.

MAY. — *Ein fail von sphinktersklerose beider Frau.* — Zeit Urol. chir. und gyn. 42, 1936, p. 308.

MELVILLE. — *Resection du col de la vessie chez la femme.* — Australnam et New Zealand Journal of Surgery, 15, N° 4, p. 299. — J. d'Urol. T. 63, N° 7-8, 1947, p. 294.

NEFF. — *Resection of prolapsed mucosa at the vesical neck for retention of urine in the female.* — Transac. of the Amer. ass. of Gen. Urinary Suzy, 31, 1938, p. 263.

NESBIT. — *Vesical neck contracture in the female with urinary obstruction.* — Urol. Cut. Rev. 37, 1937, p. 291.

PAPIN Marc. — *Maladie du col vésical chez la femme.* — J. d'Urol. 36, 1933, p. 108.

PERARD. — *Un cas de maladie du col chez la femme, traité par résection transurétrale.* — J. d'Urol. N° 9-10, T. 49, 1941, p. 453.

PERARD. — *La maladie du col vésical chez la femme.* — J. d'Urol. T. 50, N° 34, 1948, p. 128.

POIRIER et CHARPY. — Traité d'Anatomie Humaine, Masson, T. 5, 1901.

RAMARONY. — *Sténose hypertrophique du col vésical chez une petite fille.* — Bordeaux Chirurgical, T. 1, 1942, p. 34.

RICHER. — *Maladie du col chez la femme.* — *Résection par voie hypogastrique.* — *Résultat éloigné.* — Bull. Soc. Fr. d'Urol., 1937, p. 194.

RITTER et SHIFRIN. — *La dysectasie cervicale chez la femme.* — Urologic and cutaneous revien west Palm Beach, 52, 1948, p. 147.

ROUVIERE. — *Traité d'Anatomie Humaine.* Masson, 1924.

ROSENFELD. — *Contribution à l'étude des Maladies du Col.* — Thèse Paris, 1929.

SMETH. — *Les polypes du col vésical chez la femme.* — Bull. Acad. Roy. Med., Belgique, 1929, p. 252.

THEVENARD. — *La maladie du col vésical chez la femme.* — J. d'Urol., T. 48, N° 4, 1939, p. 296.

THOMPSON. — *Transurethral operations on women for the relief of dysfunction of the vesical neck.* — J. of Urol. 41, 1939, p. 349.

TISSOT. — *Deux cas de maladie du col chez la femme, traités par résection endoscopique.* — Presse Méd., N° 46, 1945, p. 622.

TRABUCCO. — *Estudio comparativo de la pathologia del cuello vesical en el hombre y en la mujer.* — Rev. Argent. de Uro., 9, 1940, p. 355.

TRABUCCO et REBAUDI. — *Enfermedad de cuello vesical por hipertrofia glandular en una mujer de 24 anos.* — Rev. Argent. de Urol., 9, 1940, p. 329.

UTEAN et DUVERGNEY. — *Le bactériopronostic dans le second temps de la prostatectomie.* — Bull. Soc. Fr. Urol., 50, 18 Juin 1939.

WEYTLANDT. — *Prostatisme chèz la femme.* — Nederle Tydsekr. Geneesk, 2, 1939, p. 2297.

WINSBURY WHITE. — *Two cases of retention of urine in women.* — The lancet I, 1936, p. 1008.

YOUNG. — *Pathology and treatment of obstruction in vesical neck in women.* — J. A. M. A. 1940, p. 2133.

TABLE DES MATIERES

1° — *INTRODUCTION* 11

2° — *HISTORIQUE* 15

3° — *DEFINITION* 19

4° — *OBSERVATIONS PERSONNELLES* 21

5° — *ETIO-PATHOGENIE* 25

Théorie inflammatoire
Hypertrophie musculaire du sphincter
Arguments histologiques
Arguments cliniques
Hypertrophie des glandes péri-urétrales
Contribution personnelle

6° — *SYMPTOMATOLOGIE* 31

Dysectasie insidieuse
Dysectasie brutale
Constatations personnelles

7° — *COMPLICATIONS* 35

Diverticules vésicaux
Calculs vésicaux
Reflux vésico-rénal
Retentissement rénal
Constatations personnelles

8° — *DIAGNOSTIC POSITIF* 39

Anamnèse et signes fonctionnels
Examens endoscopiques
Constatations personnelles

9° — *DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL* 43

Maladie du Col et Système Nerveux
Retrécissement de l'urètre
Cystocèle
Maladie néoformante du Col Vésical

10° — *THERAPEUTIQUE* 47

Technique
Complications
Résultats
Récidives
Résultats personnels

11° — *OBSERVATIONS* 51

CAULK — Marc PAPIN — RICHER — VAN HOUTUM — THÉVENARD — NEFF — PÉRARD — LEROY — DOSSOT — CIBERT — MALGRAS — AUVIGNE et VINCENT — Marc PAPIN

12° — *CONCLUSIONS* 61

13° — *BIBLIOGRAPHIE* 63

14° — *TABLE DES MATIERES* 67